

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 1

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung



Original für die Praxis
1. Kopie für den Versicherten
2. Kopie für die zuständige Betriebskrankenkasse

Erklärung zur Teilnahme am Vertrag über die Durchführung einer prophylaktischen Untersuchung und Frühbehandlung von Hautveränderungen nach § 140a SGB V

Durch die Teilnahme an diesem Vertrag habe ich das Recht, alle zwei Jahre über meine Krankenversichertenkarte eine Hautkrebsvorsorgeuntersuchung bei einem speziell ausgebildeten Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder einem hausärztlich tätigen Facharzt für Allgemeinmedizin, Internisten, Praktischen Arzt oder einem Arzt ohne Gebietsbezeichnung in Anspruch zu nehmen.

Ich wünsche eine Behandlung auf Grundlage des vorgenannten Versorgungsangebotes. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist und sie mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung beginnt.

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformationen zur Datenschutzgrundverordnung“ erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

- Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.
- Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für die Dauer von 24 Monaten an die Teilnahme gebunden. Danach endet meine Teilnahme automatisch. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.
- Eine erneute Teilnahme ist bis zum Ende des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres nicht möglich.
- Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der oben genannten Betriebskrankenkasse endet oder dieses Versorgungskonzept beendet wird.
- Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich verpflichtet, die Behandlung nur durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer durchführen zu lassen und ein Verstoß gegen diese Vorgabe zu einem Ausschluss aus dem Versorgungskonzept durch meine Betriebskrankenkasse führen kann.

Widerrufsbelehrung

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Betriebskrankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.

Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Das Merkblatt „Patienteninformationen zur Einverständniserklärung über die Datenverarbeitung“ habe ich erhalten. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Verwaltungsdaten erteile. Zudem erhalte ich eine Mehrfertigung dieser Teilnahmeerklärung.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt.